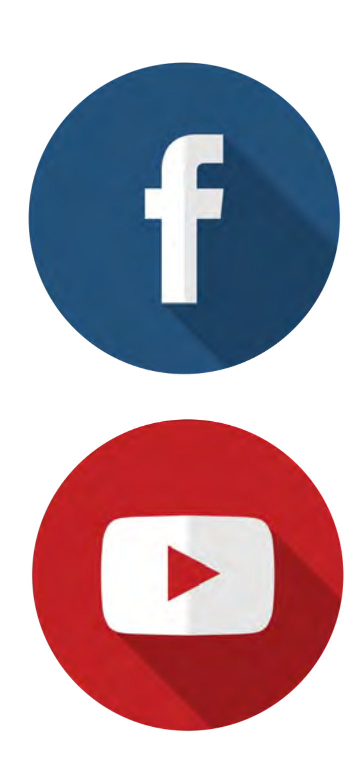

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE





maladies trophoblastiques

→ lésions molaires : compl, partielle, invasive
→ TR : choriocarcinome

Môle hydatiforme :

anlie de l'oeuf caractérisée par : anlié du dvlpt placentaire

- dégénérescence polykystique et hydropique d'une partie ou de la totalité des villosités choriales.
- prolifératⁱ trophoblastique : - formatⁱ de vésicules translucides, en grappe de raisin
  - sécrétⁱ excessive des HCG.

FDR :

- âge maternel < 20 ans et > 40 ans (les 2 extrémités)
- âge du conjoint > 45 ans.
- consanguinité
- ATCDs de mole hydatiforme, ABRT, GG.
- grpe sg A+, AB
- multiparité
- éthnie, grpes HLA.
- déficit en β carotène et rétinol (vit A)
- saison : automne+++

Pathogénie :

↳ môle partielle : (25% cas) sa nature est presque tjrs triploïde :

- 85% paternel = diandrie : → fécondatⁱ ovule haploïde (1N) par SPZ diploïde (2N)
  → +++ fécondatⁱ ovule haploïde (1N) par 2 SPZ haploïde
- 15% maternel = digynie : → fécondatⁱ ovule diploïde (2N) par SPZ haploïde (1N)
  → non séparatⁱ du 2e globule polaire de l'ovule.

↳ môle complète : (fréquente + de 50%) la mère donne uniquement le cytoplasme de son ovocyte, le père apporte la totalité du noyau — oeuf diploïde, mais que le génome paternel

- le + svt : 1 spz (23, x) qui se duplique (46, xx)
- rarement : dble fécondatⁱ par SPZ X et SPZ Y (46, XY) ou 2 SPZ X

(Môle hydatiforme complète :)

DC (+) :

- métrorragies au T1 (+ vésicule) peu abondants, irrégulières, ↑ progressivement jusqu'à expulsion (évacuatⁱ et reconstitution des kystes)
- hauteur utérine > âge gestationnel utérus accordéon
- utérus ramolli (ramolissᵗ exagéré)
- ∅ BCF
- ↑ signes sympathiques de la gsse ; DL à type de coliques expulsives.
- Toxémie et hyperthyroïdie (suite ↑ β HCG)

cplctⁱ : Hgie, anémie, toxémie (HTA), embolie pulm + risque HTAP (toux, dyspnée, hémoptysie)

Echo : dès 10 SA
- ∅ cavité amniotique + ∅ Eᵉ.
- cavité utérine dilatée + images hyperéchogènes hétérogènes en "grappe", en "nid d'abeille" ou en "tempête de neige".

Bio : taux anormalement ↑ de β HCG. > 500 000 UI/l

Histologie :

* macroscopie : - masse intra utérine volumineuse, friable, ∅ cavité amniotique ni mb
  - aspect vésiculaire en "grappe de raisin", allant de 1 à 3cm de diamètre, translucides ou opaques, tendues, à contenu séreux, limpide ou jaunâtre

* Microscopie : - villosités sont nombreuses, relativement homogènes en taille, hydropiques, kystiques et avasculaires.
- œdème du stroma.
- hyperplasie trophoblastique bimorphe : cyto + syncytiotrophoblaste : amas détachés de ϕ trophoblastique comportant des vacuoles intra cytoplasmiques volumineuses remplies de matériel lipidique + glycogène.
- atypies cyto-nucléaires + noyaux irréguliers, chromatine dense, homogène, cytoplasme relativement opaque.

(Môle hydatiforme partielle :)

:. Dc (+) : - soit ABRT spontanées.
- Hgie utérine, taille utérus nle ou ↓, BCF parfois présents,
- βHCG ds les limites de la nle.
- écho : anlies fœtales : œuf clair, microvésicules parfois $\mathcal{E}^2$ ou fœtus en retard de croissance.

Histologie :

* macroscopie : - œuf claire ou comportant un $\mathcal{E}^2$ généralement décédé.
- grde cavité amniotique.
- villosités vésiculaires.

* microscopie : - alternance de villosités nles et anles (hydropiques)
- $\mathcal{E}^2$ n'est pas tjrs apparent mais ses traces ∃.
- atypies cyto-nucléaires minimes.
- hyperplasie trophoblastique très modérée.

:. PEC : évacuation précoce + complète : curetage aspiratif écho-guidé sous perfusion d'ocytocine.
+ examen anapath. des produits de curetage
assurer une vacuité totale de la cavité utérine.

:. Surveillance : - clinique (saignement, involution de l'utérus + kystes)
- Rx : écho pelvienne + TLT.
- Bio : βHCG : dosage hebdomadaire jusqu'à rémission complète : 3 dosages hebdom successifs (−)
(délai de 8-12 sem)

:. PC : Evolution en gle favorable
- si ϕ normalisation HCG ds 12 sem ⇒ mdie trophoblastique persistante : MTGP
pls hypothèses - rétention ⇒ un second curetage aspiratif.
- mole invasive
- choriocarcinome ⇒ chimio

- récidive imp ⇒ contraception (pdt durée de surveillance) pour éviter g^sse intercurrente.
- g^sses ultérieures peuvent être nles, mais au moins 1 an à 2 ans après.

Mole invasive ou chorioadéno destruence : (métastatique → vagin + poumon)

c'est une mole caractérisée par un potentiel d'invasion du myomètre

Clinique:
- métrorragies abondantes voir hémorragie interne
- DL pelviennes
- Kystes lutéiniques.

DC⊕:
- BHCG↑
- écho: image intra myométriale
  doppler ⇒ ¢ néovx
- Bilan d'extension ⊖ :
  écho abd-pelv + TLT + TDM abd.

Histologie
- macros: 1 nodule Hgique envahie le myomètre.
- micros: villosités molaires ds myomètre dont axe chorial est hydropique parfois nécrotique.

TRT:
- chimiothérapie MTTx
- si ♀ multipare, âgée ⇒ hystérectomie

Choriocarcinome: exceptionnel c'est la dégénérescence d'une mole hydatiforme

T^R maligne placentaire qui peut se voir après un ABRT ou g^sse nle envahissant l'organisme maternel.
- 50% après mole hydat
- 25% après ABRT
- 22,5% après g^sse nle.
- 2,5% après GEU

Clinique:
- Hgie répétés, irrégulières ne répondant pas aux TRT.
- AEG.
- DL
- ↗ discrète du volume de l'utérus
- asymétrie ou ramolisst localisé.
- ∃ nodules vaginaux bleutés.

Classificat° FIGO:
- Stade I: T^R limitée à utérus
- Stade II: méta vagin + pelviennes
- Stade III: ~ hépatiq + pulm
- Stade IV: ~ à distance

Ex compl:
- BHCG↑
- image irrégulière intra utérine.
- Vascularisat° anarchique.

Histologie:
- macroscopie: - nodule Hgique +/- nécrosé, irrégulier intra myométrial
  - raremt s/f masse charnue grisâtre de taille variable.
- microscopie: - proliférat° biphasique: ¢ mononucléés = cytotrophoblaste, trophoblaste intermédiaire + ¢ multinucléés: syncytiotrophoblaste sans villosité choriale
  - larges foyers de nécrose + Hgie
  - nbreuses mitoses + atypies cyto-nucl + emboles vx + infiltrats lymph
  - IHC: CK+, BHCG+ (¢ syncytiotrophobl)

: TRT : - mono ou poly chimiothérapie .
- Hystérectomie totale + annexectomie bilat .

décision thérap selon score de l'OMS
- âge
- taux initial de βHCG
- délai entre mdie causale et apparit° du choriocar
- taille de TR .
- échec ant de la chimio .
- type de gsse initiale .
- siège + nbre de TR

- risque faible ≤ 4
- " m = 5-7
- " élevé ≥ 8